

# ACCESS NY HEALTH CARE

## Child Health Plus / Family Health Plus / Medicaid / PCAP / WIC

Antes de completarla, por favor lea toda la solicitud y las INSTRUCCIONES.

Escriba con claridad en letra de imprenta con tinta azul o negra. Si necesita más espacio para cualquier sección, adjunte la página de Información Adicional. Una solicitud incompleta no podrá ser procesada y resultará en una demora en la cobertura.

### SECCIÓN A **Cómo contactarnos** Por favor, díganos quién es usted y cómo podemos contactarlo.

Nombre		Inicial		Apellido	
Por favor, proporcione un número donde podamos llamarlo si necesitamos más información:		No. de teléfono		Otro número	
Idioma principal		Calle		Apartamento No.	
DIRECCIÓN de las personas que solicitan el seguro médico		Ciudad		Estado	
		Código postal		Condado	
DIRECCIÓN POSTAL de la persona contacto, si es diferente de la anterior		Calle		Apartamento No.	
		Ciudad		Estado	
		Código postal		Condado	

### SECCIÓN B

**Información sobre el núcleo familiar** Anote al jefe de familia en la línea No. 1. Anote los nombres de las personas que están solicitando o ya están recibiendo Child Health Plus, Family Health Plus, Medicaid o PCAP. También **debe** anotar los nombres de los padres, padrastros, madrastras o cónyuges de un solicitante que vive en su casa, incluso si no está solicitando. Usted **puede** anotar a otros miembros de su familia si lo desea (por ej., un hijo dependiente menor de 21 años). **Anotar a otros miembros de la familia puede permitirnos otorgarle un nivel de elegibilidad más alto.**

Nombre, inicial, apellido	Fecha de nacimiento	Sexo F o M	¿Está esta persona embarazada?	¿Es esta persona padre o madre de un niño solicitante?	Parentesco con el jefe de familia	¿Quiere esta persona el seguro médico? (Sí o No)	SÓLO PARA SOLICITANTES	
							Número de Seguro Social (si tiene) <i>No es necesario para mujeres embarazadas</i>	Raza o grupo étnico <i>(ver los códigos)</i>
01 Nombre de soltera, si tiene:		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	JEFE DE FAMILIA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
02 Nombre de soltera, si tiene:		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
03 Nombre de soltera, si tiene:		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
04 Nombre de soltera, si tiene:		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
05		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
06		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
07		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
08		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
09		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Es alguien de la familia un veterano?  
 Sí  No

Si responde "Sí", su nombre:

**Códigos de afiliación racial o étnica:** (opcional)

**A** = Asiático

**B** = Negro o afroamericano

**H** = Hispano o Latino

**I** = Indio americano o nativo de Alaska

**P** = Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

**W** = Blanco

**U** = Desconocido

## Sección C

### Seguro médico

Usted o su familia pueden ser elegibles aunque tengan otro seguro médico.

1. ¿Hay alguien en el núcleo familiar que ya tiene Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus o PCAP?  Sí  No

Si responde "Sí"	Nombre	No. de identificación de cliente "CIN"	Nombre	No. de identificación de cliente "CIN"
	Nombre	No. de identificación de cliente "CIN"	Nombre	No. de identificación de cliente "CIN"

2. ¿Hay alguien que está solicitando que tiene Medicare?  Sí  No No. de Medicare

3. ¿Hay alguien que está solicitando y que ya tiene otro seguro médico?  Sí  No

Si responde "Sí"	Nombre del dueño de la póliza de seguro			
	Nombre de la compañía de seguros	Póliza de grupo No.	Pago mensual \$	
	Persona (o personas) cubiertas	Fecha final de la cobertura		
	Nombre del dueño de la póliza de seguro			
	Nombre de la compañía de seguros	Póliza de grupo No.	Pago mensual \$	
	Persona (o personas) cubiertas	Fecha final de la cobertura		

4. ¿Son los padres o padrastos de cualquiera de los niños solicitantes, empleados públicos que pueden obtener cobertura para la familia de un plan de salud del estado? (ver las instrucciones)  Sí  No

Si responde "sí", ¿Paga la agencia pública donde trabaja esa persona, una parte o la totalidad de este plan médico?  Sí  No

5. En los últimos 6 meses, ¿algunas de las personas que están solicitando han perdido o cancelado algún tipo de seguro médico, que era proporcionado por medio de un empleador? (si responde "no", pase a la Sección D)  Sí  No

**Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a comprender las razones por las que las personas cambian sus seguros médicos.**

¿Por qué las personas ya no tienen seguro médico? (MARQUE UNA SOLA RESPUESTA)

- Si responde "Sí"
- 1. La persona que tenía el seguro ya no trabaja para el empleador que proporcionaba el seguro.
  - 2. El empleador dejó de ofrecer el seguro médico.
  - 3. El empleador dejó de ofrecer seguro médico para los niños, o dejó de pagar el seguro médico para niños pero continuó pagando la cobertura para los padres empleados.
  - 4. El costo del seguro médico subió y ya no entraba en el presupuesto.
  - 5. Los programas Child Health Plus o Family Health Plus cuestan menos que el seguro que las personas tenían antes.
  - 6. Los programas Child Health Plus o Family Health Plus ofrecen mejores beneficios que el seguro que las personas tenían antes.

## Sección D

### Ciudadanía

Las mujeres embarazadas no tienen que completar esta sección. Esta información sólo se requiere de personas que solicitan seguro médico. Casi todos los niños son elegibles para el seguro médico, sin importar su estado de inmigración.

¿Son todos los solicitantes ciudadanos de EE.UU.? (si responde "sí" pase a la Sección E)  Sí  No

Si responde NO, por favor anote la siguiente información de todos los que solicitan seguro médico que no son ciudadanos de EE.UU.

Sus respuestas a estas preguntas se mantendrán en estricta confidencia.

Nombre	Inicial	Apellido	¿Pertenece esta persona a alguna de estas categorías? Marque la casilla apropiada.	Si marcó A o B, anote la fecha en que esta persona entró en EE.UU. (mes/día/año)
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	

**A: Marque la casilla "A" si la persona pertenece a una de las siguientes categorías:**

- Residente permanente legal (tiene tarjeta de inmigrante "green card")
- Asilado
- Entrante cubano o haitiano
- En libertad condicional de por lo menos un año
- Indio norteamericano nacido en Canadá y que tiene por lo menos 50% de indio norteamericano
- Algunos inmigrantes maltratados, y/o niños
- Refugiado
- Asiático estadounidense
- En proceso de deportación
- Entrante condicional

**B: Marque la casilla "B" si la persona pertenece a una de las siguientes categorías:**

- Bajo orden de supervisión
- Estado de acción diferida
- En libertad condicional por menos de un año
- Registró o se le concedió la solicitud de arreglo de su estado
- Ha vivido continuamente en EE.UU. desde antes del 1 de enero de 1972
- Vive en EE.UU. con conocimiento y consentimiento de la INS, y la INS no intenta exigir su salida
- Deportación pospuesta
- Suspensión de la deportación
- Cercano autorizado

## Sección E Ingresos familiares

Anote la clase de ingreso y las cantidades recibidas por todas las personas en la lista de la Sección B

Clase de ingreso	Nombre de la persona (¿quién recibe este ingreso?)	Clase de ingreso/ Nombre del Empleador	¿Cuánto recibe esta persona (antes de impuestos)?	¿Con qué regularidad lo recibe? (semanal, cada dos semanas, mensualmente, otra periodicidad)
<b>Ejemplo</b>	Mary Smith	salario/Compañía XYZ	\$350	semanalmente
<b>Ingresos por su empleo:</b> Incluye sueldos, salarios, comisiones, propinas, pago por tiempo extra, trabajos por cuenta propia				

¿Su empleador ofrece seguro médico?  Sí  No Si la respuesta es "sí", Nombre del Empleador:

<b>Ingresos por motivos aparte de su empleo:</b> Incluye los beneficios del Seguro Social, pagos por incapacidad, pagos del seguro de desempleo, intereses y dividendos, beneficios de veteranos, compensación del trabajador, pagos por manutención de los niños/pensión alimenticia, ingresos de renta				
<b>Contribuciones:</b> Dinero de parientes o amigos, pensionistas o inquilinos (incluya el dinero que alguien le dé cada mes para ayudarle a cubrir sus gastos)				
<b>Otros:</b> Asistencia temporal (en efectivo) o ingresos suplementarios de seguridad (SSI), subvenciones de estudiante o préstamos				

**Si no tiene ingresos, explique**  
(por ej., si vive con amigos o familiares):

¿Tiene usted que pagar el cuidado de los niños (o por cuidar a un adulto incapacitado) para poder trabajar o ir a la escuela?  Sí  No

Si la respuesta es "sí"	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)
	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)
	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)
	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)

## Sección F Gastos de la vivienda

Estas preguntas nos ayudan a escoger el mejor programa para los solicitantes.  
Responder estas preguntas es opcional si la solicitud es solamente para niños menores de 19 años, o para una mujer embarazada.

<b>Pago mensual por la vivienda</b> \$	<b>Tipo de calefacción</b> (gas, petróleo, etc.)	<b>¿Incluye su pago por la vivienda la calefacción?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	--

## Sección G Enfermedades o lesiones

Estas preguntas nos ayudan a determinar qué programa es el mejor para los solicitantes

¿Es alguno de los solicitantes ciego, impedido, incapacitado, o tiene alguna enfermedad crónica o necesita cuidado de salud especial?  Sí  No

Si responde "Sí", sus nombres:

¿Tiene alguno de los solicitantes una lesión, enfermedad o incapacidad causada por otra persona, o que pudiera ser cubierta por un seguro aparte del seguro médico (por ej., el seguro de la vivienda [*homeowner's insurance*] o el seguro del automóvil)?  Sí  No

Si responde "Sí", nombres:

¿Tiene alguno de los solicitantes facturas por servicios médicos que no se han pagado o se pagaron en los últimos 3 meses? (Medicaid o Child Health Plus A quizás puedan pagar estas facturas.)  Sí  No

## Sección H WIC

WIC es un programa gratuito que ayuda a las mujeres, bebés y niños a obtener los alimentos que necesitan para disfrutar de buena salud

Si hay alguien en su familia que está embarazada, que acaba de tener un bebé, o un niño que tiene menos de cinco años de edad, ¿desearía solicitar la inscripción en WIC?  Sí  No



# CONDICIONES, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al haber completado y firmado esta solicitud, estoy solicitando inscripción en Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus A o B, en el Programa de Asistencia para Cuidado prenatal (*Prenatal Care Assistance Program*, o PCAP) y en el Programa Suplementario Especial de Alimentación para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Entiendo que esta solicitud, avisos, y otra información adicional será enviada al (o los) programa(s) en que solicito inscripción. Estoy de acuerdo con que se divulgue la información personal y financiera contenida en esta solicitud y cualquier otra información necesaria para determinar la elegibilidad a estos programas. Entiendo que se me podría solicitar información adicional. Estoy de acuerdo con informar inmediatamente cualquier cambio de la información contenida en esta solicitud.

- Entiendo que debo proporcionar la información necesaria para comprobar mi elegibilidad a cada programa. Si no me hubiera sido posible obtener la información para Medicaid, Family Health Plus, PCAP o Child Health Plus A, lo informaré a los servicios sociales del distrito. Ellos podrían ayudarme a obtener esa información.

- Si estoy solicitando en un lugar distinto del Departamento de Servicios Sociales local, y se encuentra que mis niños no son elegibles para Child Health Plus A sobre la base de esta solicitud, puedo ponerme en contacto con el Departamento de Servicios Sociales local para ver si mis hijos son elegibles para Child Health Plus A sobre una base distinta.

- Entiendo que los trabajadores de los programas para los cuales mi familia o yo hemos solicitado, pueden verificar la información que he proporcionado en esta solicitud. Las agencias que administran estos programas mantendrán esta información confidencial de acuerdo con 42 U.S.C. 1396a (a) (7) y 42 CFR 431.300-431.307, las regulaciones de WIC en 7 CFR 246.26 (d) y cualquier ley o regulación federal o estatal.

- Al solicitar inscripción en Child Health Plus B, estoy de acuerdo en pagar la contribución de prima aplicable que no paga el Estado de Nueva York.

- Entiendo que Medicaid, Family Health Plus, PCAP y Child Health Plus no pagarán gastos médicos que se supone pagarán otros seguros u otras personas y que, si estoy solicitando para Medicaid, Family Health Plus, PCAP o Child Health Plus A, cedo a la agencia todos mis derechos de intentar y recibir apoyo médico de mi esposo o esposa, o padres de personas menores de 21 años, y mi derecho de intentar y recibir pagos de terceras personas por todo el tiempo que yo estoy recibiendo beneficios.

- Presentaré reclamaciones por beneficios de seguro médico o de accidente o de cualquier otro recurso al que tengo derecho. Entiendo que tengo derecho a afirmar buenos motivos para no cooperar en el uso del seguro médico si tal uso pudiera causar daños a mi salud o seguridad o a la salud o seguridad de alguna persona de la que soy legalmente responsable.

- Entiendo que mi elegibilidad para estos programas no será afectada por mi raza, color o país de origen. También entiendo que, dependiendo de los requisitos de cada uno de estos programas individuales, mi edad, sexo, incapacidad o estado de ciudadanía puede ser un factor sobre si seré elegible o no.

- Entiendo que si mi hijo o hija están en Child Health Plus A o Family Health Plus, él o ella puede obtener atención primaria y exámenes médicos preventivos, incluyendo todo el tratamiento necesario por medio del programa Child/Teen Health Program para niños y adolescentes. Podré obtener más información sobre este programa en el Departamento de Servicios Sociales Local.

- Entiendo que si alguien miente o esconde la verdad a sabiendas para poder recibir servicios bajo estos programas, está cometiendo un delito sujeto a multas federales y estatales y puede que tenga que reembolsar la cantidad de beneficios recibidos y pagar multas civiles. El Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York tiene el derecho de revisar la información de este formulario referente a ingresos.

## NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (SSN)

WIC, PCAP y Child Health Plus B: No se requiere el SSN para inscribirse en Child Health Plus B o en WIC. Si tienen un número, yo lo daré para los niños que solicitan Child Health Plus B y por cualquiera que solicite WIC.

Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus A: Se requiere el SSN de todos los solicitantes, a menos que la persona esté embarazada o sea un extranjero no calificado. No se requiere el SSN de miembros de mi familia que no están solicitando beneficios. Entiendo que esto lo requiere la ley federal en 42 U.S.C. 1320b-7 (a) y las regulaciones de Medicaid en 42 CFR 435.910. Los SSN se utilizan de muchas maneras, tanto en el Departamento de Servicios Sociales (DSS) y entre el DSS y las agencias federales, estatales y locales en Nueva York y en otras jurisdicciones. Algunos usos del SSN son: verificar la identidad, identificar y verificar ingresos por empleos y por motivos aparte del empleo, para verificar si padres que no tienen la custodia de los hijos pueden tener cobertura de seguro médico para los solicitantes, para ver si los solicitantes pueden recibir apoyo médico, y para ver si los solicitantes pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Los SSN también se usan como identificación del beneficiario en y entre las agencias gubernamentales centrales de Medicaid para asegurar que se ponen a disposición del beneficiarios de los servicios adecuados. Además, si solicito para otros programas en esta solicitud conjunta, esos programas tendrán acceso a mi SSN y podrán usarlo en la administración del programa.

## SÓLO PARA SOLICITANTES A MEDICAID Y CHILD HEALTH PLUS A

### • DIVULGACIÓN DE ARCHIVOS EDUCACIONALES

Doy permiso al Departamento de Servicios Sociales local y al Estado de Nueva York para que obtengan cualquier información respecto a los archivos educacionales de mis hijos aquí nombrados, que fueran necesarios para pedir devoluciones de Medicaid de servicios educativos relacionados a la salud, y para proporcionar acceso a esta información a las agencias apropiadas del gobierno federal, solamente por motivos de auditoría.

### • PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Si se evalúa a mis hijos o si participan en el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, doy permiso al Departamento de Servicios Sociales local y al Estado de Nueva York a compartir la información de elegibilidad a Medicaid de mis hijos con el Programa de Intervención Temprana de mi condado, para poder facturar a Medicaid.

### • REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Entiendo que como parte de mi solicitud a Medicaid tengo derecho ahora, o más adelante, de solicitar devolución de gastos que he pagado por cuidados médicos, servicios y suministros cubiertos, recibidos durante el período de tres meses antes del mes de mi solicitud. Después de la fecha de mi solicitud, el reembolso de cuidado médico, servicios y suministros cubiertos sólo se podrá obtener por parte de proveedores registrados con Medicaid.

## FAMILY HEALTH PLUS Y ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS DE MEDICAID

Yo sé que para recibir beneficios de Family Health Plus, debo afiliarme en un Plan de salud. También sé que en algunos condados, se requiere estar en un plan de cuidados de salud para recibir Medicaid. Se me ha explicado si mi condado requiere o no requiere que los inscritos en Medicaid deben afiliarse en un plan de cuidados de salud.

Se me han explicado los planes disponibles en Family Health Plus y en Medicaid. Entiendo que si se me encuentra elegible para Family Health Plus, se me inscribirá en el plan de Family Health Plus que yo he seleccionado. También

